FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

243

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR :

Louis Jean LOUVRIER

Né le 17 Septembre 1935 à Silly en Gouffen (Orne)

INTERNE DES HOPITAUX DE CAEN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

PROBLEMES POSES PAR LES TUMEURS LYMPHOBLASTIQUES ET ISOLEES DU RECTUM

PRESIDENT : Monsieur le PROFESSEUR Charles DEBRAY

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

M.M. AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), GASTINET (F), HEUZER (C), LANTUEJOUL (P), LEVRY-SALAI (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (C), MATHIEU (P), MACQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT - DUTAILLIS, RICHET (G.), STROHL (A), TANON (L).

DOYEN . . . . . Léon Binet

Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS		MM.
Anatomie		DELMAS (A).
Anatomie Pathologique		DELARUE (J).
Anasthésiologie		BAUMANN (J).
Biochimie Médicale		JAYLE (M.F.).
" "	(prof à titre personnel)	ETTORI (J).
" "	(prof à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (F).
Biologie Médicale		FAUVERT (R).
" "	(prof à titre personnel)	BOURLIERE (F).
Cancérologie Médicale et Sociale		BERNARD (J).
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H).
Clinique cardiologique	(Broussais	MOUQUIN (M).
	(Beaujon	SICARD (A).
	(Cochin	N
	(Hôtel-Dieu	PATEL (J).
Cliniques chirurgicales	(Pitié	CORDIER (G).
	(Saint-Antoine	GOSSET (J).
	(Salpétrière	MOULONGUET (P).
	(Tenon	LORTAT-JACOB (J.L).

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades) — FEVRE (M).

Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin) — MERLE D'AUBIGNE (R).

Clinique de chirurgie cardio-Vasculaire(Broussais) — GAUDRAT-d'ALLAINES(F.de)

Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) — MATHEY (J).

Clinique endocrinologique (Pitié) — DECOURT (J).

Clinique de Génétique Médicale (Enfants Malades) — LAMY (M).

Clinique gynécologique (Broça) — FUNCK-BRENTANO (P).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St Louis) — DECOS (R).

Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades) — CATHALA (J).

Clinique des Maladies infectieuses(Claude Bernard) — NOLLARET (P).

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale (Ste Anne) — DELAY (J).

Clinique des maladies métaboliques (Necker) — HAMBURGER (J).

Clinique des maladies du sang (Broussais) — MARCHAL (G).

Clinique des maladies du système nerveux(Salpêtrière) — N.

Cliniques médicales

(Bouçicaut	LENEGRE (J).
(Broussais	SOULLIE (P).
(Cochin	JUSTIN-BESSANCON (L).
(Cochin	BROUET (G).
(Hôtel-Dieu	BARLETY (M).
(Pitié	DREYFUS (G).
(St.Antoine	KOURILSKY (R).

Clinique médicale propédeutique (Broussais) — GENNES (L.des)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologique (Bichat) — DEBRAY (G).

Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) — DEROT (M).

Clinique de Neuro-chirurgie (Pitié) — DAVID (M).

Clinique neurologique (Salpêtrière) — GARCIN (R).

Cliniques obstétricales

(Baudelocque	LAMOMME (M).
(Foch Suresnes	MERCIER (R).

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (G).
Clinique Ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G).
Clinique oto-rino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M).
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St Vincent de Paul)	LELONG (M).
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)	MARIE (F).
Clinique de pneumo-phistologie (Laënnec)	BERNARD (E).
Clinique psychiatrique (Salpêtrière)	MICHAUX (L).
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F).
Clinique stomatologique (Pitié)	DESCHAUME (M).
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (Saint Antoine)	LEMAIRE (A).
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A).
" (prof à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (M).
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Histologie	VERNE (J).
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (P).
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P).
" " " (prof à titre pers.)	DEPARIS (M).
Médecine du travail	DESSOILLES (M).
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R).
Parasitologie	GAILLARD (R).
" (prof à titre personnel)	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	GOUVELAIRE (R).
" " (prof à titre personnel)	LAURENCE (G).
Pathologie exotique	LAVIER (G).

Pathologie expérimentale et comparée	MARKLEN (P.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P).
Pathologie respiratoire	TURLAT (F).
Pathologie et thérapeutique générale	BOUDIN (S).
Pharmacologie	CHEYMOL (J).
" (prof à titre personnel)	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L).
" (prof à titre personnel)	BARGETON (D).
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F).
Physique médicale	DOGNON (A).
" " (prof à titre personnel)	DJOURNE (A).
Radiologie médicale	DESGREZ (H).
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	LEGER (L).
Thérapeutique	CONTE (M).

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES .

	MM.
Anatomie	(CABROL (G).
	(GOUINAUD (G).
	(OLIVIER (G).
	(GAUTHIER-VILLARS (MlleP.) pr. s. ch.
Anatomie Pathologique	(BUSSER (F).
	(GOUYGOU (ch)
	(ORGEL (L).
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie	(VOURG'H (G).
Bactériologie	(BARBIER (P).
	(CHRISTOL (D).
	(TOURNIER (P).
Biochimie médicale	(DEGREZ (P) pr.s.ch.
	(POLONOSKI (J) m. conf.
Ophtalmologie	(BREGEAT (P).
	(SARAUX (H).
Orthopédie	(JUDET (R).
	(RAMADIER (A).
Oto-rino-laryngologie	(DEBAIN (F).
Parasitologie	(CHABAUD (A).
Pathologie chirurgicale	(BARBAT (J).
	(BINET (J.F).
	(CAUCHOIX(J).
	(CHATELIN (C.L).
	(DUBOST (Ch.).
	(DUBOST (DI).
	(FAUREL (J).
	(FLAMBEAU (F).
	(GERMAIN (A).

Biologie appliquée à l'Education et aux sports (PLAS (F).

Carcinologie (DENOIX (P).
(MATHE (G).

Dermato-Syphiligraphie (DUPERRAT (B).

Electro-radiologie (LEROUX
(LEBARD (G).

Hématologie (BILSKI
(PASQUIER (G).
(DAUSSET (J).

Histologie (GOUGARD (R)pr.s.ch.
(MAROIS (M).
(RACADOT (J).

Hydrologie (CORNET (A).

Hygiène (BOYER (J).pr.s.ch.
(CORRE-HURST (MmeL.)

Maladies infectieuses
(BASTIN (R).
(DUPONT (V).

Médecine légale (DEROBERT (L)pr.s.ch.
(HADENGUE (A).
(FOURNIER (E).
(GUENIOT (M).

Médecine du travail (ALBAHORY (C).

Neurologie (LHERMITE (F).

Obstétrique (GRAGON (A).
(HERVERT (E).
(Le LORIER (G).
(MORIN (P).
(MUSSET (R).
(ROBEY (M).
(TYOXER-ROZAT (J).

Pédiatrie-puériculture (JESEPH (R).
(MANDE (R).
(POLONOSKI (C)
(ROSSIER (A).
(MAZZICONACCI (P).

Pharmacologie (BOISSIER (J).
(LECHAT (F).

Physiologie (DEJOURS (F).

(LOYGUE (J).
(MERCADIER
(PERROTIN (J).
(ROBERT (H).
(THOMERET (G).

Pathologie exotique
(SCHNEIDER (J).

Pathologie expérimentale
(GROSNIER (G).
(HARTMANN (L).
(LOEPER (J).
(MAURICE (J).
(RICHET (G).

Pathologie médicale
(ASSANNAIRE (M).
(DOUR (H).
(BOUVIER (J).
(BOUVRAIS (Y).
(BRICAIRE (H).
(BRISSAUD (H).
(BROCARD (H).
(BUGE (A).
(CASTAIGNE (P).
m.conf.
(CATINAT (G).
(CONTAMIN (F).
(COURY (C).
(FREZAL (J).
(HOUSSET (E).
(LAROCHE (OI).
(LESOBRE((R).
(MAGREZ (O).
(NICK (L).
(PEQUIGNOT (H)
pr.s.ch.
(ROYER (F).
(WOLFROMM (R).

Pneumo-Phtisiologie
(KREIS (B).

Psychiatrie (PICHOT (P).
Psychiatrie infantile (DUCHES(F).
Rhumatologie (DELBARRE (F).
Stomatologie (GERNEA (F).
(CHAPUY(MmeA.)
m.conf.
(GRELLEY (H).
Thérapeutique (CHASSAGNE (F).
(LAMOTTE (M).

Physique médicale (GOUGEROT (L).m.de conf. pr.s.ch.
(KERLIERSIHONN

Urologie QUENU (L).

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE.

à titre permanent

	MM.		MM.
Anatomie	(DEBEYRE	Clinique obstétricale	(GRASSET (J). (MAYER (M). (RAVINA (J).
Clinique Chirurgicale	(ABOULKER (P). (AMALINE (A). pr. s. ch. (HUGUIER (J). (OLIVIER (C). (PADOVANI (P). (POILLEUX (F). (ROUX (M). (VERNE (J.M)	Clinique ophtalmologique Clinique oto-rino-laryngologique Clinique pédiatrique et puériculture	(DESVIGNES (P). (OFFRET (G). (MADURO (R). (LAPLANE (R).
Clinique médicale	(DOMART (A). (PERRAULT (M) (RAMBERT (F) (THIEFFRY (S)	Clinique psychiatrique Clinique urologique Médecine légale	(BARUEK (H). (HUSE (R). (GAULTHIER

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie (Hauduroy (F) pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale (RUDIER (J) pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE.

(BOLTANSKI (E).
(LAUNAY (G).

Secrétaire Général de la Faculté M. LENA (J).

Secrétaire Mme BEURLAND (H), Mme CHAINTREUIL (G), Mme ROCHE (L).

Conservateur en chef : M. le Docteur HAHN (A).

Conservateur : Mlle DUMAITRE (F).

Bibliothécaire : MMmes CONTET (J), FORGET (F), MMlles LAURENT (H), le NOIR (G), QUIEVREUX (E).

A LA MEMOIRE DE MON PERE .

A MA MERE,
en témoignage de mon affection et
de ma reconnaissance .

A MA FEMME,
avec toute ma tendresse .

A MES BEAUX-PARENTS .

A MA FAMILLE .

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

Professeur de clinique médicale,
d'hydrologie thérapeutique et de
climatologie à la Faculté de
Médecine de PARIS.

CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.
En hommage de ma respectueuse
reconnaissance.

A MESSIEURS LES MEMBRES DE NOTRE JURY DE THESE .

A Monsieur le DOCTEUR Jean AUBRION

MEDECIN DES HOPITAUX DE CAEN .

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Il nous a aidé dans notre travail grâce à l'étendue de ses connaissances dont nous avons amplement profité . Nous garderons un souvenir ému de l'amitié qu'il a bien voulu nous témoigner au cours de notre internat dans son service où nous avons pu apprécier ses hautes qualités de clinicien averti, et de pédagogue éminent.

A Monsieur le DOCTEUR Jacques l'HIRONDEL

MEDECIN DES HOPITAUX DE CAEN .

Qui nous a ouvert à la gastro-entérologie. Nous avons pu admirer pendant les six mois passés dans son service, sa rare érudition, et ses exceptionnelles qualités humaines . Qu'il nous permette de lui exprimer ici notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a dispensé et notre respectueux attachement.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX .

Monsieur le PROFESSEUR Jean OLIVIER
MEDECIN DES HOPITAUX DE CAEN

Monsieur le PROFESSEUR Raymond VILLEY
MEDECIN DES HOPITAUX DE CAEN

Monsieur le DOCTEUR Jean LEROY
MEDECIN DES HOPITAUX DE CAEN

Monsieur le DOCTEUR DESCHAMPS
MEDECIN DES HOPITAUX DE CAEN

Monsieur le DOCTEUR ROUSSELOT
MEDECIN BIOLOGISTE DES HOPITAUX

Monsieur le PROFESSEUR AGREGE Jean L'HIRONDEL
MEDECIN DES HOPITAUX DE CAEN

Monsieur le PROFESSEUR ALBATUCCI
MEDECIN du CENTRE ANTI-CANCEREUX de CAEN

Monsieur le PROFESSEUR Pierre GUIBE
CHIRURGIEN des HOPITAUX de CAEN

Monsieur le PROFESSEUR R.C. CHAPERON
CHIRURGIEN DES HOPITAUX de CAEN

Monsieur le DOCTEUR BEZARD
CHIRURGIEN des HOPITAUX de CAEN

Monsieur le DOCTEUR André VALLA
MEDECIN ASSISTANT des HOPITAUX de CAEN

Monsieur le DOCTEUR Gérard LOYAU
MEDECIN ASSISTANT des HOPITAUX de CAEN

Monsieur le PROFESSEUR AGREGE GUILHARD
MEDECIN ASSISTANT des HOPITAUX de CAEN

A MES CAMARADES D'INTERNAT .

A TOUS MES AMIS .

Si les tumeurs lymphoblastiques font exception parmi les tumeurs rectales, nous avons pu cependant en observer un cas qui nous a posé de nombreux problèmes.

- Problèmes de diagnostic clinique, d'abord car cette tumeur se présentait, nous le verrons, sous un aspect et une localisation trompeurs.

- Problèmes de diagnostic anatomo-pathologique, ensuite comme il est de règle dans une grande majorité des cas de cette vériété tumorale.

- Problèmes de thérapeutique, enfin qui en découlent directement.

A l'occasion de notre observation, nous avons donc revu la question des tumeurs lymphoblastiques rectales isolées, en essayant de mettre le point sur les arguments cliniques, anatomo-pathologiques et histologiques qui peuvent orienter le diagnostic et par conséquent conduire à un traitement adéquat.

NOTRE OBSERVATION - Monsieur P. 41 ans vient consulter le Docteur AUBRION en Mars 1961 pour des rectorragies plus ou moins mélangées aux selles, survenues depuis deux mois environ. C'est devant la persistance de ces hémorragies, d'abord attribuées à des lésions hémorroïdaires, que le malade consulte. En effet, après s'être arrêtées pendant un certain temps, elles avaient repris depuis une durée de 10 jours environ.

Le malade n'accuse aucune douleur, pas de constipation, mais signale simplement que depuis quelques temps, ses selles sont moins moulées qu'auparavant. Il n'existe aucun antécédent pathologique, sauf une certaine sensibilité colique alimentaire ou autre.

- Le toucher rectal est négatif.

- Deux rectoscopies pratiquées à quelques jours d'intervalle, n'apportent aucun renseignement en raison de la présence, malgré une préparation par lavement, de matières dans le rectum qui apparaissent par endroits, striées de sang, et l'on sait qu'un rectum qui se nettoie mal est toujours suspect.

C'est seulement la troisième rectoscopie qui révèle, sur rectum propre, à douze ou treize centimètres du sphincter, c'est à dire pratiquement au cap rectosigmoïdien, une petite masse de la grosseur d'une cerise, assez irrégulière, saignante, dure mais non friable. Cette masse parait développée au niveau de la paroi antérieure du rectum et est assez mal vue, se cachant derrière la dernière valvule de Houston.

La biopsie est assez mal aisée et on note à la pince, une sensation assez anormale, évoquant un fibrome. On est obligé de couper le fragment qui ne vient pas tout seul comme dans un néoplasme banal.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE (Docteur ROUSSELOT)

"Lymphosarome à peu près certain, les différentes colorations pratiquées, éliminent un mélano-sarcome. Il ne s'agit pas, en tous cas, d'un épithélioma.

Une deuxième biopsie de sécurité est pratiquée et envoyée au professeur FRUHLING (Strasbourg) qui confirme le diagnostic.

L'EXAMEN CLINIQUE - n'apporte rien de positif, la gorge est normale, les aires ganglionnaires sont libres de toute adénopathie, la rate n'est ni palpable, ni percutable. Des examens complémentaires sont pratiqués à la recherche d'autres localisations : le lavement baryté ne révèle aucune anomalie, peut-être devine-t-on simplement la lésion au niveau du cap rectosigmoïdien. La radio d'estomac est normale, ainsi que la numération sanguine. La formule montre 12 % d'éosinophiles et 5.550 globules blancs. La moelle osseuse et l'électrophorèse sont normales.

En raison de l'absence d'autres localisations décelables, et en raison également du très petit volume de la lésion rectale, on conseille au malade une intervention chirurgicale suivie de radiothérapie post-opératoire.

L'INTERVENTION est pratiquée le 2 Juin 1961, par le Docteur BEZARD.

Longue incision médiane. On constate l'existence d'une tumeur de la taille d'une grosse cerise, siégeant au niveau de la jonction rectosigmoïdienne, sur la face antérieure du rectum. Il existe quelques ganglions hémorroïdaires supérieurs, perceptibles. Par ailleurs, on ne constate aucune lésion au niveau du colon, aucune autre adénopathie perceptible au niveau des vaisseaux sigmoïdes ni latéroaortiques. Il n'y a pas de métastases hépatiques palpables. La rate est normale.

On décide de pratiquer une résection avec rétablissement de la continuité par voie abdominale. Le colon est sectionné à 12 centimètres environ au-dessus de la tumeur après ligature de l'artère hémorroïdale supérieure. Le rectum est sectionné à 16 cm au-dessous de la tumeur. Rétablissement de la continuité par une anastomose termino-terminale, en deux plans, à la soie. On pratique une colostomie temporaire transverse de dérivation. Drainage du fond du Douglas par lame de caoutchouc extra-péritonéale.

LA PIECE OPERATOIRE EST EXAMINEE AU POINT DE VUE ANATOMO-PATHOLOGIQUE PAR LE DOCTEUR ROUSSELOT.

La tumeur forme un polype gros comme une noix implantée par un pédicule assez large. Elle est nécrosée en surface. A l'examen histologique, le stroma est dissocié et infiltré par des nappes d'éléments à noyaux arrondis, chargés de grains de chromatine, à protoplasme peu abondant, bien limité. L'envahissement est assez important. Des trainées de cellules sarcomateuses s'insinuent entre les faisceaux des couches musculaires et dans le tissu celluleux existent deux métastases, l'une grosse comme une noisette et l'autre comme un pois.
IL S'AGIT DONC D'UN SARCOME LYMPHOBLASTIQUE DU RECTUM.

Le 7 Juillet après des suites opératoires normales, le malade est envoyé au Centre Anticancéreux de Caen pour traitement radio-thérapique post-opératoire. L'état général est satisfaisant, mis à part un teint pâle mais qui serait habituel. Il n'y a toujours aucune adénomégalie palpable. L'abdomen est souple, il n'existe pas d'hépatomégalie, ni de splénomégalie.

Le toucher rectal révèle un léger empâtement de consistance élastique, prolongeant la corne prostatique, vraisemblablement post-opératoire. La radio pulmonaire est normale. Le traitement prévu est constitué de Cobalt-thérapie sur un champ abdominal (2.000 r.) avec surimpression pelvienne (1.000 r.) soit 3.000 r. en tout.

Le 6 SEPTEMBRE 1961 le malade est revu par le Centre Anticancéreux. Il a interrompu son traitement le 29 Juillet à 1.400 r. sur un champ pelvien, et 800 r. sur le champ abdominal. Il présente alors une leucopénie modeste, mais surtout une diarrhée très importante rebelle aux traitements habituels, qui finit par cesser d'elle même.

LE 11 AOUT le Docteur BEZARD a refermé la colostomie transverse.

Le 6 SEPTEMBRE 1961, l'état est satisfaisant en dehors de crises assez fréquentes de douleurs à types de colique, siégeant dans la région périombilicale, paraissant calmées par les antispasmodiques. L'abdomen est souple; le toucher rectal montre une très bonne souplesse au niveau de la cicatrice. La radio pulmonaire est normale.

Le 17 OCTOBRE 1961, l'état général est stationnaire, le malade pèse 65 kg 800. Trois à quatre selles par jour, avec légère tendance a la diarrhée. Pas d'anorexie. Il ne souffre toujours pas. A la palpation de l'abdomen, léger empâtement de la région sus-pébienne, mais aucune induration suspecte. A noter une lymphopénie vraisemblablement en rapport avec le traitement, et une éosinophilie à 12 % dont un ver solitaire trouvé en Juillet 1961, pourrait être responsable.

A l'occasion de notre observation, il nous a paru intéressant de revoir la question des tumeurs lymphoblastiques et isolées du rectum, après un bref rappel des formes typiques du lymphosarcome et du lymphadénome, nous envisagerons les problèmes cliniques et anatomo-pathologiques qu'ils posent et les éléments qui mènent au diagnostic.

- LE LYMPHOSARCOME RECTAL -

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature récente des modifications notables dans la descritpion du lymphosarcome rectal, dans sa forme typique, trouvée dans les articles que l'on peut considérer comme fondamentaux. Ceux de CAIN - HILLEMAND - HOROWITZ, 1934 - BEN SAUDE. CAIN - HILLEMAND - HOROWITZ 1936 CAIN 1946 - BERGERET ET BOUDREAUX 1942.

On peut, avec certains auteurs, diviser cette affection EN DEUX GRANDES CATEGORIES .

1°) LES LYMPHOSARCOMES SECONDAIRES OU LEUCEMIQUES, localisations rectales de la lymphosarcomatose de KUNDRAT, et s'accompagnant du cortège des signes de cette maladie.

2°) LES LYMPHOSARCOMES PRIMITIFS DU RECTUM OU ALEUCEMIQUES apparaissent comme une tumeur rectale isolée.

Nous ne ferons que citer les premiers, pour nous attacher plus longuement aux seconds, qui soulèvent les problèmes de diagnostic et de traitement posés par les tumeurs isolées du rectum.

LE LYMPHOSARCOME RECTAL EST UNE AFFECTION RARE. BOCQUIN dans sa thèse en compte une centaine de cas environ.

-Pour WINTROB, il représente 1 % des tumeurs du tube digestif -SMITH rapporte 1 atteinte rectale sur 45 tumeurs lymphoïdes du tractus digestif. (Cité par TUTA et ROSSI).

RANKIN et CHUMBLEY citent 3 lymphosarcomes rectaux sur 18 lymphosarcomes digestifs également.

JACKMAN trouve 2 lymphosarcomes sur 27 cas de nodules rectaux asymptomatiques.

- Dans les staistiques du Montreal General Hospital, il est observé un lymphosarcome rectal sur 58 cancers rectaux.

Nous n'en avons trouvé personnellement sur 122 cas dans la littérature mondiale.

L'âge moyen des malades se situe entre 40 et 60 ans et il semble que les hommes soient plus souvent touchés que les femmes.

CLINIQUE

Le début est généralement insidieux et la tumeur peut atteindre un volume considérable avant que le premier signe rectal n'apparaisse. DUBOS dans sa thèse rapporte deux observations : dans la première, il s'agissait d'une "grosse fraise" située à 4 cm de l'anus, dans la seconde, c'était un polype de la taille d'une bille recouverte d'une muqueuse ulcérée. Les deux malades ne présentaient aucun signe rectal.

BACON et TAVENER de leur côté, découvrent au cours d'un toucher rectal systématique, un petit nodule symptomatique dont la nature lymphoïde maligne est révélée par l'anatomo-pathologie.

LES SIGNES FONCTIONNELS n'apparaissent qu'à unepériode évoluée de la maladie et semblent être d'autant plus importants que la tumeur est bas située.

LA DIARRHEE est de beaucoup le signe le plus important et le plus fréquent, d'abord légère et épisodique, puis abondante et résistante à tout traitement, puis incoercible sous forme d'écoulements brunâtres et fétides, elle survient sans paroxysme, ni coliques quelquefois alternée avec des périodes de constipation.

LES RECTORRAGIES sont plus rares, et peuvent accompagner des émissions glaireuses.

LES SIGNES DYSENTRIQUES : pesanteur périnale, épreintes, ténesme, faux besoins n'apparaissent qu'à la période terminale de la maladie.

Dans les 5 observations de BENSAUNE-CAIN-HILLEMAND-HOROWITZ, le début se fait :

- par signe de rectite, écoulement purulent et sanguinolant, accompagnant une tumeur rectale dans 2 cas sur 5.

- A LA PERIODE D'ETAT au contraire il existe:

- Une constipation dans 1 cas sur 5.

- Une alternance diarrhée constipation dans 2 cas sur 5.

- Un écoulement fétide et sanguinolant dans 2 cas sur 5.

- Des faux besoins dans 2 cas sur 5.

Les signes généraux sont ceux d'un néoplasme banal, fièvre, amaigrissement, asthénie, anorexie.

LE TOUCHER RECTAL permet de percevoir l'infiltration maligne sous forme d'une tumeur mollasse, mamelonnée, lisse, peu friable, mais fait important, LA MOBILISATION EN MASSE DU RECTUM SUR LES PLANS PROFONDS EST POSSIBLE. Il n'existe pas d'induration, pas d'infiltration en profondeur comme dans les épithéliomas. Très bon signe de diagnostic différentiel avec ces derniers. L'anus est normal.

LA RECTOSCOPIE est un temps fondamental de l'examen, car elle pourrait sur le seul aspect endoscopique, assurer le diagnostic selon certains auteurs, dans les cas typiques tout au moins.

La tumeur siège en général bas, à quelques cm du sphincter (observation II et III de GUNSET et OBERLING). Les tumeurs haut situées peuvent être classées dans les tumeurs intestinales (Il est rare dans ce cas, que le lymphosarcome soit solitaire. On trouve, en faisant un lavement baryté, des tumeurs multiples). Dans l'ensemble, la lésion tumorale présente un aspect mamelonné cérébriforme; "semblable à du tissu cérébral fixé dans du formol" (TUTA-ROSSI) parcourue par des sillons plus ou moins larges et plus ou moins profonds qui isolent des bosselures ou des lobulations dont la configuration défie toute description. "Ces mamelons sont peu saillants, et il est rare qu'ils ne pédiculisent et prennent un aspect polypeux (BENSAUDE). Leur consistance est ferme et élastique, renittente, sans induration profonde. Leur coloration est terne, à peine grisâtre, à peine rosée. Leur surface est lisse ou le siège d'érosions sous forme d'ulcérations superficielles, mais à signaler que la muqueuse peut disparaitre sous la poussée des cellules proliférées dans toute l'étendue du néoplasme. Le calibre du rectum est souvent retréci, et peut aboutir à une sténose complète. Quoi qu'en pensent certains auteurs une biopsie doit être pratiquée.

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Nous ne reviendrons pas sur la macroscopie qui a été décrite avec l'endoscopie, pour nous étendre plus sur l'HISTOLOGIE.

La tumeur présente généralement un maximum de densité au niveau de la sous-muqueuse, l'infiltration néoplastique procède soit par nappes serrées, soit par nodules qui confluent et se confondent ensuite. Elle peut être caractérisée par 2 éléments microscopiques.

- LE STROMA RETICULE - Il est variable, il s'agit tantôt d'un réticulum typique fait de fines fibrilles anastomosées portant des cellules nucléées aux points nodaux "qui revêtent l'aspect des cellules sinusales des ganglions et de la rate, mais ne ressemblent jamais aux cellules de Sternberg de la maladie de Hodgkin" (BENSAUDE). Le fin réseau collagène peut être mis en évidence par ses colorations spécifiques trichromiques. Tantôt ce sont des gros faisceaux conjonctifs, bien reconnaissables, avec des travées volumineuses.

- LES CELLULES NEOPLASIQUES : sont également variables et polymorphes, certaines sont facilement rattachées à une série lymphoïde en raison de leur aspect "forme arrondie" avec mince sertissure de protoplasme basophile au noyau arrondi et fortement coloré. D'autres sont plus volumineuses, polygonales, tassées les unes contre les autres, en voie de prolifération très active, à noyau bourgeonnant et monstrueux. "Ces cellules peuvent se présenter sous la forme de véritables plasmodes rappelant le myéloplaxe" (OBERLING).

LE DIAGNOSTIC DU LYMPHOSARCOME RECTAL ETANT PORTE, l'exploration de tous les centres lymphoïdes s'imposent (ganglions, rate, amygdales.) On pratique une radiographie pulmonaire et un lavement baryté de prudence à la recherche d'une extension locale ou à distance. Les examens sanguins (numération et formule) sont en règle normaux.

L'EVOLUTION ET LE PRONOSTIC varient d'un sujet à l'autre, il existe en effet des formes d'évolution rapide avec envahissement du rectum par les coulées néoplasiques, et mort en quel-

ques mois par généralisation lymphosarcomateuse. Il s'agit là souvent de formes localisées du rectum (peut-être traitées trop tard en raison de leur symptomatologie tardive). Dans d'autres cas, l'évolution est plus lente avec poussées et phases de latence. "Le pronostic est surtout lié à la radio sensibilité et moins à l'étendue de la tumeur" (CAIN). En réalité, il semble surtout lié à la forme de la tumeur et surtout à son aspect microscopique. Nous y reviendrons.

LE LYMPHOME BENIN DU RECTUM

Il est connu depuis la description princeps de BALL en 1890. Il s'avère aussi rare que le lymphosarcome rectal. Nous n'en avons en effet retrouvé que 132 cas dans la littérature. Ils ont été particulièrement étudiés par Irène L I (qui en rapporte 59 cas) et par DUPERRAT (10 cas) dans un article récent.

Le lymphome rectal touche plus volontiers les femmes, que les hommes (1 homme pour 9 femmes dans l'article de DUPERRAT : 23 hommes et 26 femmes dans celui d'Irène L I), et semble apparaitre plus fréquemment à deux époques de la vie, entre 5 et 12 ans et vers 40 ans (BERGERET - BOUDREAUX).

CLINIQUE :

Les rectorragies représentent le signe majeur, presque toujours unique au début. Elles apparaissent après une période de latence assez longue (plusieurs années). Elles sont provoquées ou non par les selles et récidivent pendant une très longue durée en l'absence de traiteme nt (VACHON-PAPILLON-BRETTE).

Quelquefois, une pesanteur, une douleur légère , une

constipation ou une sensation de corps étranger, attirent l'attention. Plus rarement, des glaires sanglantes ou purulentes (BERARD-CHALIER). Souvent enfin c'est l'endoscopie qui fait le diagnostic, qu'elle soit systématique ou pratiquée avant traitement d'hémorroïdes, première étiologie évoquée devant ce tableau de rectorragies de sang rouge, isolées.

LE TOUCHER RECTAL permet de sentir à bout de doigt une petite tumeur ronde, assez ferme, pédiculée ou non, dont on peut faire le tour.

LA RECTOSCOPIE découvre à une distance variable du sphincter, mais le plus souvent à 6 ou 8 cm, une tumeur qui peut se présenter sous deux grands aspects :

1°) UNE FORME POLYPOIDE : la plus fréquente qui apparait comme un polype rectal banal du type adénomateux, de grosseur variable, allant du grain de mil à la noix. Sa connaissance est élastique. Il est recouvert d'une muqueuse saine qui a tendance à saigner au contact, et rattaché à la paroi par un pédicule plus ou moins long et épais.

2°) UNE FORME SESSILE : C'est une tumeur blanchâtre, de la taille d'une noix, recouverte elle aussi, d'une muqueuse saine mais légèrement hémorragique. Elle peut être plus volumineuse et se présenter alors sous l'aspect d'une masse bourgeonnante d'aspect frangé. On trouve quelquefois un ou deux petits polypes rectaux au voisinage de la tumeur, mais la lymphomatose multiple est exceptionnelle au niveau du rectum.

En dehors de cette tumeur, le rectum est souple, la muqueuse est saine, le sphincter normal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'insisterons pas sur la macroscopie traitée avec l'endoscopie, mais nous soulignerons cependant qu'il nous a paru préférable d'opposer les deux aspects polyoïdes et sessiles du lymphadénome rectal, plutôt que ses formes isolées et polyodénomateuse (EPSTEIN) en raison de la rareté de cette dernière.

HISTOLOGIE. La tumeur siège en général dans le tissu cellulaire lâche situé au-dessous de la muscularis mucosae. Au faible grossissement, elle se présente sous l'aspect d'amas lymphoïdes lobulés, tantôt indépendants les uns des autres, tantôt agminés, mais toujours bien limités dans tous les sens. FAIT IMPORTANT, IL N'EXISTE JAMAIS D'ENCAPSULATION (GRIPPFEZET-BRANCA) .

A un plus fort grossissement, cas amas lymphoïdes sont constitués :

1°) PAR UN RETICULUM fin et délié, bien conformé, analogue à celui d'un ganglion lymphatique, qui est engainé,

2°) PAR UN TISSU LYMPHOIDE fait en majorité de lymphocytes adultes. Dans les centres germinatifs, on trouve plus volontiers des lymphoblastes présentant de nombreuses mitoses, en voie de multiplication active. L'aspect des bords de la tumeur sont nets, mais quelquefois "les lymphocytes envahissent en masse la muscularis mucosae, voire la muqueuse" (DUPERRAT)

En résumé, mis à part l'absence de capsule et l'envahissement de la muscularis mucosae, on retrouve dans l'histologie du lymphome, les constituants du ganglion lymphatique normal, le réticulum, les lymphocytes, les centres germinatifs.

L'EXAMEN CLINIQUE DU MALADE N'APPORTE RIEN DE PARTICULIER.

Il n'existe pas d'adénomégalie, la rate est normale, ainsi que les amygdales. Les examens complémentaires (radiographie pulmonaire, lavement baryté) sont en règle négatifs. Seule la numération sanguine peut montrer une anémie légère lorsque les rectorragies sont abondantes.

EVOLUTION ET PRONOSTIC.

L'évolution est très lente, nous avons vu que le lymphadénome pouvait évoluer pendant plusieurs années avant d'être diagnostiqué. Le pronostic est en général excellent, une simple exérèse suivie de radiothérapie, suffisent à assurer une guérison stable.

Telles sont les formes typiques du lymphadénome et du lymphosarcome rectaux; malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et à toutes les étapes du diagnostic, les problèmes qui se posent sont souvent difficiles.

(I) LES PROBLEMES ANATOMIQUES.

En présence d'une tumeur telle que nous l'avons décrite dans le bref rappel sur le lymphosarcome rectal, le diagnostic peut être porté presqu'à coup sûr, sur la seule endoscopie (BENSAUDE) En effet, si son aspect peut rappeler celui d'une maladie de Hodgkin ou d'une tuberculose rectale, il s'agit là de faits très rares. Dans la majorité des cas, la tumeur se présente sous des formes trompeuses.

1°) LA PLUS COURANTE EST LA FORME POLYPOIDE, qui représenterait pour USHER et DIXON, 60 % des cas de lymphosarcome. C'est alors un polype d'aspect parfaitement bénin, pédiculé ou non, recouvert d'une muqueuse qui peut être normale, que révèle la rectoscopie. Rappelons les deux malades cités dans la thèse de DUBOS dont le premier était porteur d'un polype de la taille d'une grosse bille, situé à 4 cm du sphincter et le second, d'une tumeur sessile de la taille d'une fraise, et recouverte d'une muqueuse ulcérée. JACKMAN retrouve chez 87 malades porteurs de polypes sous-muqueux du rectum, deux lymphosarcomes rectaux. Cet aspect de tumeur bénigne rappelle la morphologie des néoformations histologiquement très différentes : myomes, fibromyomes, neurinomes... mais surtout lymphadénome bénin.

2°) LA FORME EPITHELIOMATEUSE est également trompeuse. Classiquement, le diagnostic clinique avec l'épithélioma n'offre pas de difficultés; la sensation de masses mamelonnées et rénitten-

tes que donne le lymphosarcome est très différente de l'impression que recueille le doigt au contact de l'épithélioma, induration profonde qui fixe le rectum; surface occupée par des bourgeons friables ou par une ulcération irrégulière que limite un rebord saillant. Cet aspect d'épithélioma est cependant retrouvé dans l'observation de la thèse de HEURTEMATTE dont le malade, âgé de 25 ans, était porteur d'une tumeur dure, irrégulière, ulcérée, bourgeonnante et infiltrée en profondeur qui s'est révélée être, à l'examen anatomo-pathologique, une tumeur lymphoblastique maligne.

3°) LES AUTRES FORMES SONT BEAUCOUP PLUS RARES. Qu'il s'agisse de l'aspect sarcomateux, dur, ligneux, réalisant un véritable blindage de la cloison rectale, ou de la forme vraiment exceptionnelle rapportée par SMITH, dont trois malades présentaient des lymphosarcomes rectaux sous l'aspect d'hémorroïdes internes.

LE LYMPHOSARCOME PEUT LUI AUSSI SE PRESENTER SOUS DES FORMES ATYPIQUES: (1) La FORME SESSILE, décrite comme forme typique et se présentant comme une tumeur blanchâtre, bourgeonnante et d'aspect frangé, ou lobulé, n'est pas sans analogie avec l'aspect mamelonné d'apparence cérébriforme, blanc rosé du lymphosarcome.

(2) La FORME STENOSANTE (SHALTOCK-BALL-PELIZET-BRANCA). occupant tout le bas rectum qu'elle infiltre en profondeur, pourvu qu'elle s'accompagne d'hémorragies mêlées ou non aux selles d'épreintes de ténesme, voir de faux besoins, peut être facilement confondue avec un épithélioma rectal "en virole".

(3) La MUQUEUSE, qui recouvre cette tumeur et qui est classiquement saine, peut être remaniée par un processus irritatif ou inflammatoire et être le siège de suintements, d'oc-

dèmes, de suffusions sanguines tumorales et péritumorales, donnant un aspect infiltré, saignotant au contact, qui lui confère une apparence indiscutablement maligne.

(4) Signalons enfin qu'il n'est pas rare de trouver sous cette forme polypeuse banale, des épithéliomas typiques appelés "bourgeons néaoplasiques".

(II) LES PROBLEMES DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUES.

Au cours de la littérature, l'incertitude du diagnostic anatomo-pathologique qui plane sur les tumeurs lymphoblastiques du rectum est évoquée d'emblée par les diverses classifications nosologiques de ces néoformations. En effet, les auteurs Anglo-Saxons et Français ne semblent pas d'accord pour établir une nosologie définitive et précise de ces tumeurs; les premiers désignent sous le nom de lymphosarcome rectal

1) Les lymphocytomes malins
2) Les sarcomes à cellules du réticulum
4) Les lymphocytomes à follicules géants ou lymphoblastomes folliculaires (BRILL-SYMMERS).

Les seconds prétendent au contraire que l'on doit entendre par lymphosarcome, les sarcomes à cellules rondes d'azpect lymphoïde et que, selon la tendance de ces cellules, à ressembler à des lymphocytes ou à des lymphoblastes, on doit les dénommer: lymphosarcome lymphoblastique ou lymphoblastome de RIBERT, ou lymphocytome de RIBERT.

Il ne faut pas en outre, selon ces derniers auteurs, vouloir établir des limites trop précises entre les diverses affections anatomo-pathologiquement très voisines. D'innombrables formes de transition peuvent exister entre par exemple :

- Lymphosarcome et sarcome à cellules du réticulum.

- Lymphosarcome et lymphome à follicules géants.

En ce qui concerne les tumeurs bénignes elles sont classées indifféremment par tous les auteurs qui en ont traitées : Lymphome (tendance de la tumeur à reproduire un ganglion lymphatique presque normal). LYMPHOCYTOME (tendance à reproduire une culture de lymphocytes presque pure). LYMPHOBLASTOME (tendance lymphoblastique de certaines tumeurs). LYMPHADENOME (tendance à se présenter sous forme de polype adénomateux). Quoi qu'il en soit, nous ne sommes pas autorisés à trancher la question, et une quelconque de ces trois appellations nous semble valable, dans l'état actuel des choses, pour qualifier ces formations lymphoblastiques bénignes. L'Histologie microscopique est elle aussi sujette à caution et les anatomo-pathologistes ne cachent pas leur embarras devant la nécessité de répondre par un diagnostic précis aux cliniciens qui leur adressent leurs biopsies.

1°) IL EST TOUJOURS FACILE DE RATTACHER LA TUMEUR A LA SERIE LYMPHOBLASTIQUE.

En ce qui concerne le lymphosarcome, on retrouve toujours des cellules présentant une mince sertissure de protoplasme basophile autour d'un noyau arrondi et fortement coloré, ou d'autres ayant un noyau plus volumineux et plus différencié, un protoplasme plus pâle et moins homogène qui évoluent, sans aucun doute, dans le sens lymphoïde.

Le lymphadénome se présente, dès l'examen, superficiel au faible grossissement, sous un aspect lobulé qui rappelle l'architecture ganglionnaire. Le fort grossissement renseigne sur la nature des cellules tumorales : culture de lymphocytes avec lymphoblastes dans les centres germinatifs.

2°) IL EST TOUJOURS DIFFICILE D'AFFIRMER LA BENIGNITE OU LA MALIGNITE DE LA TUMEUR.

Nous avons vu que ces deux formations se caractérisent toutes deux par deux entités microscopiques :

- Un réticulum
- Un tissu lymphoïde

LE RETICULUM est dans les deux cas, fin et délié. Il présente quelquefois des faisceaux un peu plus épais dans les tumeurs malignes sans plus.

LES CELLULES TUMORALES sont plus atypiques dans le lymphosarcome Certes, on retrouve des nombreuses mitoses et les éléments cellulaires ont tendance à confluer et à former des cellules monstrueuses à plusieurs noyaux. Mais s'il s'agit d'un lymphadénome, on retrouve également des lymphoblastes en multiplication active dans les centres germinatifs. Il suffira, là encore, d'une infection ou d'une irritation tumorale, pour que l'aspect histologique soit bouleversé, que la trame s'épaississe et que "ni l'aspect de la tumeur, ni son mode de propagation, ni sa structure ne permettent une différentiation.... Les termes de sarcome lymphoblastique, de sarcome à petites cellules rondes, de lymphadénome atypique, conviennent indifféremment à de telles tumeurs" (BENSAUDE).

Les frontières entre la réaction lymphoïde consécutive à une irritation chronique et la tumeur lymphoblastique, sont bien floues. Car entre les extrèmes bien individualisées, il existe des intermédiaires toujours discutables. Même un processus histologiquement tumoral, il est difficile de dire si l'on a affaire à une affection bénigne ou maligne.

- DISCUSSION

- LE PROBLEME SE RESUME DONC A SAVOIR QUELS SONT LES ELEMENTS QUI PEUVENT FAIRE PENCHER LE DIAGNOSTIC DANS LE SENS BENIN OU DANS LE SENS MALIN.

LE CLINIQUE est identique dans les deux cas, tumeurs découvertes tard, dont la symptomatologie est la même à quelques nuances près, peut-être existe-t-il un syndrome diarrhéïque plus franc, en ce cas de lymphosarcome, un syndrome hémorragique plus prononcé en cas de lymphadénome, mais ce sont là des subtilités cliniques qui ne peuvent en aucun cas faire pencher la balance du diagnostic.

L'ENDOSCOPIE.

La forme sous laquelle se présente la tumeur à l'endoscopie a une importance certaine, en ce qui concerne l'évolution, et le pronostic. Les tumeurs d'apparence bénigne, polypoïde, pédiculées ou non, ont plus de chances d'évoluer favorablement que les lymphosarcomes typiques, même si l'histologie penche vers la malignité. Les opinions sont cependant partagées : BENSAUDE-CAIN HILLEMAND et HOROWITZ pensent que cette tumeur ne se présentant pas comme un lymphosarcome typique, ne peut être que bénigne. "Certains faits publiés, sous le nom de lymphosarcome, concernent des tumeurs localisées qui se présentent comme des masses dures et bosselées, bombant dans le rectum et pouvant même se pédiculiser. La muqueuse rectale est soulevée et s'ulcère parfois, mais la tumeur a peu de tendance à s'accroître... Un tel néoplasme diffère évidemment en tous points du lymphosarcome rectal dont nous avons donné la description et dont les caractères essentiels sont la délimitation imprécise. La tendance à la

diffusion et à l'infiltration, la participation fréquente des ganglions tributaires et éloignés. Il nous parait plus conforme à la réalité des faits, soit de rattacher ces tumeurs aux lymphadénomes (ou lymphocytomes) bénins, soit à des tumeurs plus complexes (schwannomes et neurinomes)... L'imprécision des descriptions histologiques qui accompagne les faits publiés, empêche de définir leur structure". Cette opinion est peut-être un peu stricte dans sa forme et ses conclusions de même que celle, diamétralement opposée, de MOULONGUET. "Il ne parait pas exister de type bénin de néoplasmes du tissu hémolympho-poïétique. Du fait de leur tendance à la généralisation, ils ne sont jamais franchement bénins. Leur évolution est cependant, selon le cas, plus ou moins rapide et envahissante".

Nous avons pu, en lisant la littérature, réunir plusieurs observations de tumeurs malignes, morphologiquement bénignes, d'évolution favorable. La plus typique est peut-être celle de VACHON-PAPILLON-BRETTE concernant un homme de 42 ans qui consulte pour rectorragies récidivantes. La rectoscopie découvre une tumeur du volume d'une cerise, recouverte d'une muqueuse non modifiée, qui fait penser à une tumeur bénigne. L'anatomo-pathologie conclue à un lymphadénome sans pour cela écarter une possibilité de malignité. Le malade subit de la radiothérapie de contact. Au bout de trois ans, le résultat est parfait. De même le cas de EPSTEIN concernant un malade de 46 ans qui consulte également pour rectorragies. L'aspect de la rectoscopie (tumeur ferme et mobile, non infiltrée mais un peu odénomateuse et hémorragique) laisse douter sur la possibilité de tumeur maligne. L'amputation rectale est faite d'em-

blée. L'histologie de la pièce est bénigne, l'évolution est favorable.

LES ARGUMENTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Ceux qui jouent d'une manière notable en faveur d'un lymphosarcome sont :

1°) LA SITUATION DE LA TUMEUR AU SEIN DE LA PAROI RECTALE.

Le lymphosarcome présente un maximum de densité dans la sous-muqueuse, le lymphadénome dans le tissu cellulaire lâche situé sous la muscularis mucosae.

2°) L'INVASION DES PLANS PROFONDS PAR LES COULEES CELLULAIRES TUMORALES.

Pour DUPERRAT, si l'invasion de la muscularis mucosae, voire de la muqueuse ne serait pas un signe de malignité, par contre celles des couches musculaires en serait un. Il convient donc, en examinant les coupes, de mettre l'accent sur l'extension centrifuge de la tumeur.

3°) L'ABSENCE D'ENCAPSULATION, en présence d'un aspect lymphadénomateux serait, au contraire, pour FELIZET et BRANCA un élément rassurant.

4°) LA PRESENCE DE CELLULES FRANCHEMENT SARCOMATEUSES. avec atypies cellulaires, noyaux bourgeonnants et monstrueux , gardent toute leur valeur diagnostique de tumeur maligne, elles ne sont hélas pas constantes.

Les données histologiques ne sont que des éléments de soupçon et il faut s'entourer d'une extrême circonspection en ce qui concerne l'anatomie pathologique des tumeurs lymphoblastiques du rectum. Une tumeur d'apparence bénigne est capable de

se généralise même si ses cellules types reproduisent l'aspect d'un lymphocytome normal. Beaucoup restent localisées et si d'autres se généralisent, elles le font en gardant un aspect cellulaire anodin.

"D'OU LA DIFFICULTE D'ETABLIR UN PARALLELE ENTRE MALIGNITE HISTOLOGIQUE ET MALIGNITE CLINIQUE." (BERGERET)

Il ne faut cependant pas s'abstenir de faire une biopsie systématique devant toute formation isolée du rectum, de manière à ne pas entreprendre un traitement délabrant pour une tumeur qui présente réunis tous les critères possibles de bénignité et qui guérirait peut-être par un traitement simple et bien approprié.

EN CONCLUSION.

Le problème des tumeurs lymphoblastiques et isolées du rectum est dominé par leur tendance générale à évoluer vers la malignité. Il faut donc avancer un diagnostic avec une extrême prudence, en tenant compte de tous les éléments sus-cités.

Le meilleur argument qui doit dicter la conduite à tenir dans les cas douteux semble être l'évolution. Nous verrons au chapitre traitement que même les tumeurs bénignes doivent être surveillées de très près, et que le moindre doute de récidive ou de dégénérescence locale doit immédiatement déclancher la mise en oeuvre d'un traitement dans lequel la rôentgen-thérapie et la cobalt-thérapie prennent une part importante.

NOTRE OBSERVATION DANS LE CADRE DES TUMEURS LYMPHOBLASTIQUES ET ISOLEES DU RECTUM.

Elle concerne un homme de 41 ans présentant des rectorragies depuis 2 mois environ, chez lequel on trouve 13 cm derrière la dernière valvule de Houston, une tuméfaction d'allure polypeuse, pédiculée, ferme, non friable, recouverte d'une muqueuse saignotante. La clinique est peu évocatrice. L'examen du malade ne montre pas d'atteinte de l'état général, pas d'adénomégalie palpable, bref, aucun élément d'orientation vers une tumeur maligne.

La biopsie est examinée par le Docteur ROUSSELOT qui, conclut à une tumeur lymphoblastique maligne du rectum. Le malade subit une amputation rectale avec réabouchement en un temps suivie de radiothérapie post-opératoire. L'examen anatomo-pathologique de la pièce confirme les données de la biopsie.

DISCUSSION.

En présence des éléments du diagnostic, quels sont les éléments qui nous ont fait conclure à un lymphosarcome rectal ?

CLINIQUE : Cette tumeur d'apparence bénigne a attiré l'attention par son aspect saignotant et odémateux. Ne sachant s'il s'agissait là d'un processus irritatif ou inflammatoire, ou de processus tumoral lui-même, nous avons pratiqué une biopsie de sécurité obéissant à la règle "toute tumeur isolée du rectum doit être suspecte d'emblée et analysée histologiquement."

ANATOMO-PATHOLOGIE :

Il fallut deux prélèvements pour aboutir au diagnostic. Le premier n'était qu'un élément d'orientation concluant à la "possibilité d'un lymphosarcome". Le second après mure réflexion confirme le diagnostic sur les éléments suivants :

1°) La présence d'un stroma réticulé.

2°) Le caractère lymphoïde de la tumeur caractérisée par les éléments cellulaires à noyaux arrondis, chargés de grains de chromatine, à protoplasme abondant, bien limité.

3°) L'envahissement des faisceaux de la couche musculaire par des trainées de cellules tumorales : extension centrifuge de la tumeur dont DUPERRAT a souligné l'importance.

4°) L'existence de deux métastases dans le tissu celluleux.

5°) L'érosion de la muqueuse dont la valeur est discutable. La situation haute de la tumeur rendit la biopsie difficile et il n'est pas impossible que la muqueuse ait été érodée à cette occasion. Nous étions en présence d'une tumeur lymphoblastique.

- QUI RASSEMBLAIT AU POINT DE VUE ANATOMO-PATHOLOGIQUE TOUS LES CRITERES VALABLES DE MALIGNITE.

- QUI SE PRESENTAIT SOUS UNE FORME ENDOSCOPIQUE NULLEMENT RASSURANTE.

Il nous a donc paru logique de conclure à un lymphosarcome rectal et de traiter notre malade dans ce sens, son âge, son parfait état général nous permettant d'envisager une intervention dans les meilleurs conditions et des suites opératoires normales.

- TRAITEMENT -

Deux grands moyens thérapeutiques sont généralement employés pour le traitement des tumeurs lymphoblastiques et isolées du rectum.

1) LA CHIRURGIE.

2) LA RADIOTHERAPIE (ROENTGENTHERAPIE OU COBALT-THERAPIE)

Dans les trois cas que nous envisagerons successivement : lymphosarcome typique, lymphadénome typique, et les cas douteux, les deux méthodes seront appliquées selon des modalités différentes. Les chirurgiens préfèrent intervenir sur un rectum non irradié pour enlever ces tumeurs parfois volumineuses mais dont l'ablation est généralement facile en raison de l'absence d'infiltration néoplastique des plans profonds. Leur radiosensibilité permet d'employer, cependant, des doses modérées. Contrairement aux épithéliomas. On évite ainsi un remaniement local important. Les auteurs préfèrent toutefois faire succèder, chirurgie et radiothérapie post-opératoire. Cette dernière méthode ne devant être employée seule, qu'en cas d'impossibilité d'opérer en raison d'un état général trop altéré, d'une tumeur localement étendue ou d'un refus de l'intervention par le malade.

LE LYMPHOSARCOME TYPIQUE.

(a) LA CHIRURGIE. La résection large du rectum, le réabouchement en un temps avec colostomie transitoire est le traitement de choix. Si cette technique s'avère impossible pour une cause locale (situation de la tumeur) ou anatomique (mobilité colique réduute génant la sigmoïde - rectostomie). On sera amené à pratiquer une intervention en deux temps ou à défaut, un

anus iliaque gauche définitif.

(b) LA RADIOTHERAPIE POST-OPERATOIRE sera surtout rôentgenthérapie sous 200 KV. plutôt que cobalt-thérapie. L'intérêt de cette dernière est ici peu évident car les doses employées sont modérées. La meilleure tolérance générale est le seul argument qui pourrait la faire préférer. L'irradiation doit être systématique, après l'exérèse chirurgicale. Il serait regrettable de priver le malade de cette thérapeutique toujours bénéfique. L'extrême sensibilité des tumeurs lymphoblastiques permet une faible irradiation. Les risques d'incidents post-radiothérapiques sont pratiquement inexistants.

Avant d'entreprendre ce traitement il sera bon de pratiquer un retro-pneumopéritoine et pour certains auteurs modernes une lymphographie lipiodolée à la recherche de ganglions métastatiques pelviens et lombo-aortiques, tout en sachant combien est difficile la lecture de ces deux techniques nouvelles. Les doses seront systématiquement augmentées en présence d'adénomégalies décelables.

PLUSIEURS CHAMPS SERONT MIS EN OEUVRE.

(a) Un champ local, rectal sur lequel on appliquera une dose de 1.000 r.

(b) Un champ abdominal, comprenant tout l'abdomen du diaphragme au pubis, qui vise les adénomégalies abdominales en général. On appliquera une dose de 500 à 1.000 r.

(c) Un champ pelvien et un champ lombo-aortique, enfin visant particulièrement les deux groupes ganglionnaires correspondants. On appliquera 1.000 r. sur chacun d'eux.

La dose totale d'un traitement ainsi conçu est donc de 4.000 r. au maximum au niveau du rectum en 6 à 8 semaines.

A intervalles réguliers, un examen complet du malade sera pratiqué, clinique d'abord, à la recherche d'une récidive locale, d'une métastase palpable, d'une adénomégalie. Examens complémentaires enfin : radiographie pulmonaire, examen de la moelle osseuse. Toute notion évolutive mettra en oeuvre une irradiation locale supplémentaire à faible dose (1.000 r.) associée à une chimiothérapie par voie générale (chloraminofène ou moutarde à l'azote). On n'omettra jamais de pratiquer une numération et une formule sanguines. Une anémie et une leucopénie radiothérapiques étant toujours possibles.

LE LYMPHADENOME TYPIQUE.

(a) LA CHIRURGIE. Si la clinique et l'anatomo-pathologie réunis sont tous les critères de bénignité, on pratiquera une ablation locale plus ou moins large selon la localisation de la tumeur.

(b) LA RADIOTHERAPIE POST-OPERATOIRE dépend essentiellement du siège de la tumeur.

-Bas situé, il recevra de la rôentgenthérapie de contact (3 à 4.000 r. en 8 ou 10 jours).

-S'il siège plus haut, radio ou cobalt-thérapie sur un petit champ limité à la lésion. Il faut souligner là la nécessité d'un centrage soigneux. La cuclocobalt-thérapie est une bonne méthode dans ce cas précis, 3.000 r. en 4 semaines.

La surveillance du malade sera stricte. On ne se laissera jamais abuser par le caractère bénin de la tumeur, mais on

pensera toujours au potentiel évolutif qu'elle peut représenter. La moindre récidive locale, ou à distance, sera décelée et traitée de la même manière qu'en cas de lymphosarcome rectal.

LES CAS DOUTEUX.

doivent recevoir une thérapeutique rigoureusement identique à celle des tumeurs malignes, c'est à dire une exérèse chirurgicale avec amputation rectale, suivies de radio ou cobalt-thérapie locale et régionale systématiques. Il ne faut pas faire courir au malade le risque d'une malignité possible. Là encore surveillance étroite et traitement immédiat de la moindre récidive.

Tels sont les moyens dont on dispose et leurs indications.

Les résultats sont parfois favorables. Le pronostic immédiat est toujours excellent, il est toujours réservé à plus ou moins longue échéance, on connait en effet la tendance diffusante extrême de cette affection. Une poussée évolutive peut venir emporter le malade sans que l'on puisse intervenir de manière efficace.

- CONCLUSION -

A propos d'un lymphosarcome rectal, nous avons revu les problèmes posés par les tumeurs lymphoblastiques et isolées du rectum.

LE LYMPHOSARCOME RECTAL, affection rare, débute insidieusement par un syndrome diarrhéïque. La rectoscopie peut faire soupçonner le diagnostic en révélant la tumeur typiquement décrite par BENSAUDE : Mamelonnée, cérébriforme, blanc rosée, parcourue de sillons plus ou moins profonds. Au microscope, le diagnostic est fait par la présence d'un réticulum plus ou moins dense de cellules lymphoïdes à noyaux bourgeonnants et monstrueux. L'évolution est plus ou moins longue.

DANS LE LYMPHOME BENIN, aussi rare que le lymphosarcome, les rectorragies seraient plus fréquentes. A la rectoscopie, on découvre une petite lésion polypoïde ou sessile, et au microscope, dans un réticulum fin et délié, des cellules lymphoblastiques : lymphocytes adultes avec lymphoblastes dans les centres germinatifs.

CES TUMEURS POSENT DIVERS DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS:

1°) PROBLEMES DE DIAGNOSTIC CLINIQUE : Le lymphosarcome peut se présenter sous l'aspect d'un polype, d'un épithélioma ou même de banales hémorroïdes. Le lymphome peut donner une sténose ou l'aspect d'un polype sessile.

2°) PROBLEMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES : Il est facile de rattacher ces tumeurs à la série lymphoblastique, il est beaucoup plus difficile de juger de leur bénignité ou de leur malignité.

DISCUSSION : POUR LA MALIGNITE .

- Localisation principale de la tumeur dans la sous-muqueuse.
- Invasion des plans profonds par les coulées cellulaires tumorales.
- Présence de cellules sarcomateuses.

POUR LA BENIGNITE.

- Absence d'encapsulation.
- Culture presque pure de lymphocytes.

Mais il n'y a pas de superposition complète entre malignité clinique et malignité histologique.

TRAITEMENT

- Comporte dans le lymphosarcome typique, l'amputation rectale avec anastomose termino-terminale, suivie de radiothérapie sous plusieurs champs.
- Dans le lymphome typique, une exérèse plus ou moins large selon les possibilités, suivie de radiothérapie de contact.
- Quant aux cas douteux, la prudence est de les traiter comme un lymphosarcome typique.

B I B L I O G R A P H I E

1 - ALLEN - A.W.DONALDSON - G.SNIFFEN - R.C. & GOODALE F. Lymphomes malins primaires du tractus gastrointestinal, ANN.S. Surg., Sept. 1954; 140, 428-437.

2 - ASP.C - Tumeurs malignes rares du rectum, lymphosarcome et lanosarcome - J. Internat. Coll. Surgeons, Juill.1956, 26 N° 1, 83-86.

3 - BACON H.E. & SAELY W.B. - Cancer rectal chez l'enfant - J. Surg. Aout 1959, 45, N° 2.339-347

4 - BALL C.B. - Les néoplasmes bénins du rectum : Brir. med. J. 1890 - 2, 1353-1355.

5 - BACON - TAVENNER - Sarcome et mélanome ano-rectal malins. AM. J. Surg. 82 P. 709 1951.

6 - BAUMEL J. - Lymphomatose rectale , Mont. Med A - 96 T. 43 N° 4, Avril 1953 pp 371-375.

7 - BENSAUDE - Maladie de l'intestin, Masson. Paris 3 - 1935

8 - BENSAUDE A. - CAIN - HILLEMAND - HOROWITZ - Le lymphosarcome du rectum Ann. Med, 1929, 26 - 405-431.

9 - BENSAUDE A. - CAIN - HILLEMAND - HOROWITZ - Le lymphosarcome rectal et anorectal : Maladies de l'intestin, III p 103 Masson Edit. Paris.

10 - BERGERET A. - BOUDREAUX J. - Les sarcomes non mélaniques et les tumeurs lymphoblastiques du rectum : Rev. Chi, Janv. Mars 1942 N° 3, 52-78.

11 - BERGERET A. - BOUDREAUX J. - Les sarcomes non mélaniques et les tumeurs lymphoblastiques du rectum. Rev. Chir. AV. Déc. 1942, N° 4 - 5, 107-141.

12 - BERGERET A. - HEPP J. - Sarcomes du rectum - Encycl. Med. Chir. Traite estomac, fasc 9, 084 D (4-1949).

13 - BERNSTEIN - Lésions malignes du canal anal, Lancet, 69, p. 33, 1949.

14 - BERTILLON - LIBERSON - Lymphosarcome du rectum apparu trois ans après un lymphosarcome des deux amygdales : BULL. Ass. F. Cancer 1936 p. 634.

15 - BOCQUIN - Les lésions rectosigmoïdiennes au cours des hémopathies. Thèse. Paris 1951. Dactylographiée.

16 - CATTAN R.- Forme digestive de lymphosarcomatose diffuse, Soc. Med., Hop. Paris 1953, N° 1 & 2 P. 40.

17 - CATTAN R. - CARASSO R. - FRUMUSAN P. - HOPPELER A. Ch. Localisations digestives multiples de la lymphosarcomatose type Kundrat. Arch. Mal. app. Dig. 40 - P. 1289-1301, 1951.

18 - CATTAN R. - PORCHER P. - BENSAUDE A. - FRUMUSAN P. - Lymphosarcomatose de l'appareil digestif ressemblant à une polypose diffuse : Arch. Mal. App. Dig, 32, 937-943. Juillet-Aout 1953.

19 - CUTLER - Lymphosarcome : Etude clinique, anatomie pathologique et traitement. Arch. Of Surgey - 30, P. 405. 1935.

20 - CUTLER - STARK - Lymphosarcome de l'intestin chez l'enfant: New England J. Med. - 232 P. 665 - 1945.

21 - CUTHBERT - DUKES - Lymphome du rectum - 3 cas : Proceed Roy. Soc. Of Med. (Londres) N° 27, 926-957, Mai 1934

22 - DEBRAY Ch. - RACHET - BUSSON - Maladies de l'intestin et du péritoine : Flammarion - Paris P. 764.

23 - DICK - Lymphadénome et polype du rectum : Beitr. Z. Klin. Chir. 1931, 58, 2070-2072.

24 - DUBOS - Contribution à l'étude des sarcomes du rectum - Thèse - Bordeaux, 1944-1945.

25 - DUKES C. - Lymphome du rectum : 3 cas : Proc. Soc. Med. 1934 : 27, 926-927.

26 - DUKES - BUSSEY - Sarcomes et mélanomes du rectum : British o Cancer : 1 - P. 30-37, 1947.

27 - DUPERRAT - Lymphomes bénins du rectum. Presse Médicale 58 P. 1149-1150 - Oct. 1950.

28 - DUPERRAS - KERNEIS - Lymphoblastome de BRILL-SYMMERS : Presse Med. 15 Juin 1949 , 550-551.

29 - EPSTEIN A. - Le lymphadénome du rectum : Arch. F. Klin. Chir. T. 175 fasc. 2 - 2 Mai 1933 : pp. 351-357: Anal.

30 - EWING - Pathologie générale du lymphosarcome. Bull. N.Y. Acad. Med. XV. 92 - 103 - 1939.

31 - GALL-MORISSON - Le type folliculaire du lymphome malin - Survie de 63 ans : Ann. Int. Med. 14 P. - 2073-2090 - 1941

32 - GALL-ARDMONES - ROCA de VINALS - Lymphogranulose Hodgkinien de forme tumorale : Arch. Mal. App. Dig. XXVIII P. 67-73 1937.

33 - GOLDMAN - MARBURY - Sarcome du rectum : Am. Jour. Surgers. 71 P. 387 - 1946.

34 - GREIG D.M. - Lymphome du rectum J. Path. And. Boc. 1909 : 13, 49-50.

35 - GRUENWALD P. - Accumulation anormale de follicules lymphoïdes sur le tractus digestif : Ann. Jour. Med. Sc. 1942, 203, 823-829.

36 - HARRIS P.I. - Lymphosarcome du rectum - Traitement d'une durée de 5 ans consécutif à l'ablation locale - Ann. J. Surg. Sept. 1946 277-279.

37 - HAYES - BURR - PRUITT - Tumeurs lymphoïdes du colon et du rectum : Surg 7, P. 540-545, 1940.

38 - HAYES (Herbert) - BURR (Harry B.) : Lymphomes bénins du rectum : Ann J. Surg. T. 61, PP. 545-550 Nov. 1952.

39 - HECTOR A. - Tumeurs lymphatiques primitives et localisées du tube digestif, sous diaphragmatique : Thèse - Paris 1934.

40 - HELLWIG - HANSEN - Polypes lymphoïdes et lympomes malins du rectum et de l'anus : Surg. Gyn. Obst. 92, 1951.

41 - HERRMANN - MOREL - Précis d'anatomie pathologique 1937.

42 - HESSERET W. - Lymphosarcome du rectum : Ann Surg. 36 459, Juillet Décembre 1902.

43 - HEURTEMATTE J. - Contribution à l'étude du lymphosarcome rectal. Thèse Paris, Juin 1953. 64 pages.

44 - HILLEMAND - MEZARD - 1 cas de lymphosarcome rectal. Bull. Soc. Anat. - Ann. Soc. Anat. Path. VIII 892-894, 1930.

45 - JOHANESSEN - Sarcome du rectum chez l'enfant de 1 an : Acta paediat. Scanda, 1928, Sup. N° 27 , 213-218.

46 - JACKMANN - Nodules sous muqueux du rectum - Diagnostic, signification: Staff. Med. Of the Mayo Clinic : XXII, P. 502-504, 1947.

47 - KALLET - SALTZSTEIN - Sarcomes, mélanomes et leucosarcomes du rectum. Archives of Surgery : I, P. 633, 1933.

48 - HOJETZNY - Polypes lymphoïdes du rectum : Zutr. Chir. 1931. 58. 3154.

49 - LAME E.L. - VELAT C.A. - CUSTER R.P. - Phialdelphie. Diagnostic du lymphome malin du tractus gastro-intestinal : Ann. of intern. Med. Vol. 40 N° 1. Janv. 1954. pp. 57-74.

50 - LAPEYRE-Sarcome du rectum: Rev. Chir.Paris58,223 et 281,1920.

51 - LEVY - ARMINGEAT - Tumeurs infiltrées à lymphoblastes de la paroi rectale. Arch. Mal. App. Dig. XXIII N° 7.P.767, 1933.

52 - LI Irène - Lymphomes bénins du rectum : Surgers 1948, 23 814-820.

53 - LYNCH - HAMILTON - Lymphosarcome du rectum :TR-AM, Proct. Soc. XL, 221-226. 1939.

54 - Mac SWAIN B. - BEAL I.M. - Lymphosarcome du tube gastro-intestinal. Ann. Qurg. 1944, 119-108.

55 - MARTI J. - Réticulosarcomesgastro-intestinaux. Essai sur les rétieulosarcomes en général : Thèse, Paris, 1950. dactylographiée.

56 - MAYER - THOMAS - Lymphoblastome folliculaire et relations avec le lymphosarcome : Bull. Johns-Hopkins - Hospital, 64, P. 315- 1939.

57 - OCAMPO - SEGUI M.A. - Lymphosarcome du rectum, 1 cas : Dia. Med. 17, 1926-1333, Nov. 12 , 1945.

58 - PECO G. - RAFFO J.M. - Lymphosarcomatose primaire du rectum. Dia. Med. 15, 9-10, Janvièr 1943.

59 - PUZZIS - SUSNOW D.A. - Lymphosarcome du rectosigmoïde : Ann J. Surg. Mars 1947, 93 N° 3, 477-480.

60 - RABONIWITCH - GRAYZEL - SWYER - PINES - Sarcomes du grêle et du colon : Surg. Cyn. Obst. 85, P. 333, 1947.

61 - RAIDFORD Th. S. - Lymphoblastome du tractus intestinal. Arch. 26, N° 1 813-842.

62 - RANKIN & CHUMLEY - Lymphosarcome du colon et du rectum - Minnesota. Med. Mai 1929. 12, 147-253.

63 - ROUSSY-LEROUX-OBERLING-Précis d'anatomie pathologique.1950.

64 - RUBBIANI - RUSSO - Modène (Italie) - Les sarcomes du rectum : A propos d'un cas de réticulo-sarcome d'allure lymphosarcomateuse. Arch. Ital. Pat. Clin. Fumori Vol 2, Fasc. 9-10, Sept.-Oct. 1958, PP. 997-1006.

65 - RUD - Classification histologique des cancers du rectum - Brinbeitrage Zur Klinische Chrurgie, 178, P. 495 - 1943.

66 - RUEDEL - Sarcome primitif du rectum - Arch. Fur. Klin. Ch. 1927 - 145, P. 280.

67 - SIEMENS W. - Polypes lymphoïdes du rectum - Zentralb. f. Chir. 1931, 58, 2070-2072.

68 - SMITH T.E. - Tumeurs lymphoïdes primitives du rectum ressemblant à des hémorroïdes internes - Trois cas J.A. - M.A. 1943, 121, 495-498.

69 - SMITH N.D. - Lymphosarcome du rectum et du sigmoïde - Tr. Ann. Proc. Soc. 1933-34, 160.

70 - SMITH N.D. - Lymphosarcome du rectum et du sigmoïde- Proceed of Staff Meet. of Mayo Clinic, 1933, 436.

71 - SPELLBERG M.A. - ZIVIN S. - Lymphosarcome du tractus gastro-intestinal - Compte-rendu de 21 cas - Arch. Int. Med. 1949, 83, 135.

72 - SPIESMAN - RUBENSTEIN - Lymphogranulomatose rectale 1 cas: Ann. Int. Med. 17 P. 349, 1949.

73 - STOLZ - GUNSETT - OBERLING - Lymphosarcome du rectum. Radio et curithérapie, guérisons depuis 6 ans - Bull. Assoc. Fr. et Cancer, 1928, P. 63.

74 - STOULT-LE lymphosarcome est-il curable ?S.A.-A.118P968-1942

75 - SUGARBAKER - GRAVER - Lymphosarcome- Etude de 196 cas avec biopsie J.A. - M.A. - 115 P. 17 - 23 et 112 - 177 , 1940.

76 - SUTTON C. - Lymphosarcome primitif du rectum - Canadian Med. Assoc. J.O. 1932, 71-72.

77- TODD I.P. - Lymphosarcome du rectum - Proc. Roy. Soc. Med. Juin 1961, 54, N° 6, 513.

78 - TUSA J.A. - ROSSI P.A. - Lymphosarcome du rectum- Arc. Surg 1942, 44, 157.

79 - TURELL-Tumeurs du rectum-J.A.-M.A.-142-P277-141-P822--1950.

80 - UHLMAN - ABELSHOUSE - Lymphosarcome du grêle et du colon- Ann. Surg. 95 P. 872 . 1932.

81 - UNGLEY H.G. - Lymphosarcome du rectum - Proc. Roy. Soc. Med. Avril 1958, 51. N° 4 - 248.

82 - USHER - DIXON - Lymphosarcome de l'intestin, gastro-entérologie. I, P. 160, 1943.

83 - VACHON - PAPILLON - BRETTE - Lymphone bénin du rectum - Dig. 40, PP. 927-929, 1951.

84 - VESPIGNANI L. - Diagnostic radiologique du lymphosarcome du rectosigmoïde. Radio. Méd. 39, 908-916. Sept. 53. Italie.

85 - WARREN - SCHIELDS - LUIENSKI G.R.- Tumeurs lymphoïdes primaires solitaires du tube digestif - Ann. Surg. 1943, 115-I

86 - WILKENSTEIN - LEVY - Lymphosarcome de l'intestin - 15 cas, Gastro-entérology, IP. 1093-99, Déc. 1943.

Vu

Le PRESIDENT DE THESE
Pr. Ch. DEBRAY

Vu

Le DOYEN DE LA FACULTE
de MEDECINE DE PARIS
Dr. Léon BINET

Vu et permis d'imprimer
Le RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS
Jean SARRAILH

S E R M E N T .

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hyppocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je ne prendrai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque !